

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

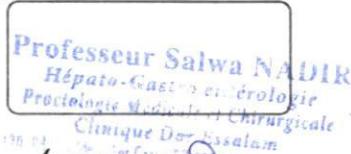
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-648984

82580

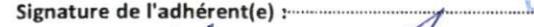
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>0008392</b>	Société : <b>Ex RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL MADAGNAI Najar</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>0664009732</b>	Total des frais engagés :	<b>1539,00</b>	Dhs

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

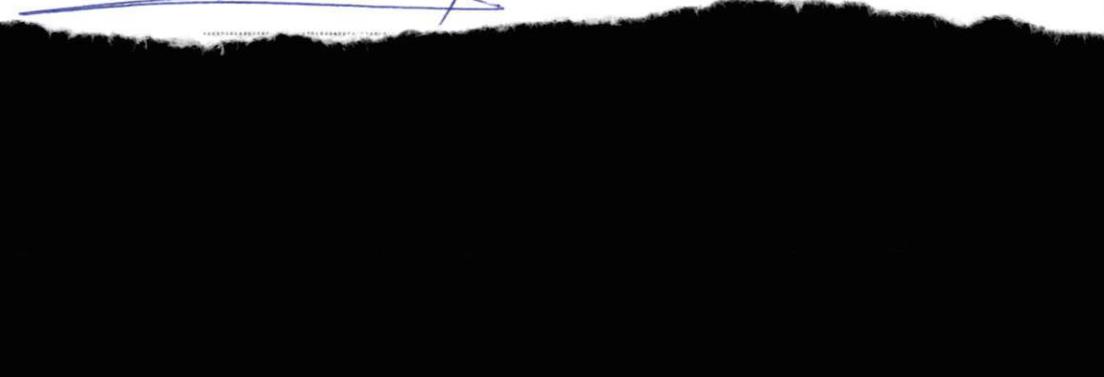
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>El m'dc Najar</b> Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>AFFECTION DIGESTIVE</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21.08 2007	2			INP : 5101886
				GRATUIT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
LABORATOIRE DE M. Amal TAOUAKI Casablanca N°: 05 22 86 01 90 Tél: 05 22 86 07 26 / 27 3 113 - 1539, 1 =	26/27/2021	WT	1539, 1 =	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
				INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>																		
					<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H																	
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																						

# Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"  
Echographie et Endoscopie Digestives  
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"  
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"  
Proctologie Médicale et Chirurgicale



# الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب  
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء  
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
التخدير بالمنظار والصدى  
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

Mr - Mme : *El Aida el Ghali Nadjat.*

## Faire faire :

- NFS
- Glycémie à jeûn
- Ferritinémie
- Urée sanguine
- Créatinine sanguine
- VS
- Cholestérol total
- HDL - LDL
- Triglycérides
- Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> sanguins
- Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> urinaires
- Calcémie
- Dosage de la vitamine D
- ASAT - ALAT
- Gamma GT
- Bilirubine totale - libre - conjuguée
- Phosphatases alcalines
- Lipasémie
- Taux de prothrombine - *TCK*
- Facteur V
- Electrophorèse des protéines
- Albuminémie
- THSus
- T3, T4, libres
- α-foeto-protéines sériques
- ACE
- CA 19-9

- Plaquettes
- Postprandiale
- Test respiratoire à l'urée marquée
- Sérologie de l'Hélicobacter Pylori
- Ac HVC
- Ag Hbs
- Ag Hbe
- Ac anti HbC
- Ac VHA
- Ig M
- Ig G
- Charge virale du VHB
- Charge virale du VHC
- Génotypage du VHC
- Fibrotest / Actitest
- Fibromax
- Ac antimitochondries
- Ac antinucléaires
- AC Antimuscle lisse
- Ac anti KLM<sub>1+2</sub>
- Ac antiglutaminases (Ig A)
- Ac anti SLA
- Examens parasitologiques des selles 3 jours de suite + Coproculture E.C.B.U
- PSA prostatiques
- Recherche de sang dans les selles
- Dosage de la calprotectine fécale
- Autres : .....

Professeur Salwa NADIR  
Hépato-Gastroentérologie  
Proctologie Médicale et Chirurgicale

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 - مصحة دار السلام، 728، Bd. Modibo Keita، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : الموقع الإلكتروني : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma

LABORATOIRE POLYBIO  
Dr. Amal TAOUAKALNA  
120, Bd. My. Idriss 1er - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 86 01 90

# LABO. D'ANALYSES MEDICALES POLYBIO

TAOUAKALNA AMAL - Pharmacien Biologiste -

120 BD. MOULAY IDRIS 1ER CASABLANCA

QUARTIER DES HOPITAUX 1 ER ETAGE

RC: 247908 Patente: 36350070 CNSS: 2359975 I.F.: 42023870 ICE: 001613460000056 INPE:093000941

**Facture** 11214

CASABLANCA Le : 24/08/2021

Analyses effectuées le: 24/08/2021

Pour.....: **Mme EL MDAGHRI NAJAT**

Sur prescription du : Dr NADIR SALWA

Code.....: 3DB6313



Organisme.....: **POLYBIO**

## Bilan:

TP=B40 TCK=B40 ACE=B250 CA199=B400  
HEPY=B250 SANG=B150

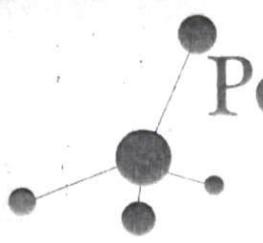
Total : B 1130

Montant Net : 1539.20 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**MILLE CINQ CENT TRENTÉ NEUF Dhs 20 Cts**

LABORATOIRE POLYBIO  
Dr Amal TAOUAKALNA  
120, Bd. M. Idriss 1er - Casablanca  
Tel : 05 22 86 01 90  
Tél./Fax : 05 22 86 07 84



**Polybio**

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES**  
**مختبر للتحليلات الطبية بوليبو**

Dr. Amal TAOUAKALNA, PHARMACIEN BIOLOGISTE. Diplômée de l'Université René Descartes PARIS V  
Diplôme d'Université Assurance de la Qualité en Biologie Médicale

Prélèvement du : 24/08/2021

Référence : 10824148



3DB6313

Patient : **Mme EL MDAGHRI NAJAT**

Médecin: **Dr. NADIR SALWA**  
**POLYBIO**

**IMMUNOLOGIE**

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
<b>A C E (Antigène carcino-embryonnaire) : 1.4 (AIA360)</b>	ng/ml		
FUMEURS : < 10.0 ng/ml			
NON FUMEURS : < 7.0 ng/ml			
<b>CA 19 9 (Ag Carbohydrate 19-9) : 22.3 (Technique : AIA 360 )</b>	U/ml	(0-37)	

**HEMOSTASE**

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine : 100 %			(70 à 100)
Temps de Céphaline + Activateur			
Témoin : 30 sec			
Patient : 28 sec			

**EXAMEN DES SELLES**

**Détermination quantitative de l'hémoglobine humaine dans les selles**  
( Technique chromatographie EASY READER+ )

Résultat : 25 ng/ml

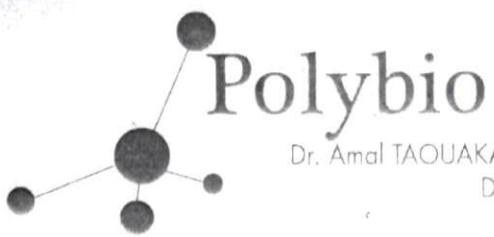
< 100 ng/ml	: Négatif
100-200 ng/ml	: Positif faible
> 200 ng/ml	: Positif

TAOUAKALNA  
Casablanca  
247908  
05 22 86 07 84  
07 84

شارع مولاي ادريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 07 84 - فاكس: 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - س.ت: 247908 - العنوان: 36350070 - مصروف: 2359976 - رقم: 82.01.24

120,bd Moulay Idriss 1<sup>er</sup>, Quartier des hôpitaux, Casablanca - Tél. : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - Fax : 05 22 86 07 84  
RC : 247908 - PATENTE : 36350070 - CNSS : 2359976 - T.V.A. : 82.01.24 - IF : 42023870 - ICE : 001613460000056

E-mail : amaltaouakalna@gmail.com



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر للتحاليل الطبية بوليبو

Dr. Amal TAOUAKALNA.PHARMACIEN BIOLOGISTE.Diplômée de l'Université René Descartes PARIS V  
Diplôme d'Université Assurance de la Qualité en Biologie Médicale

Prélèvement du : 24/08/2021  
Référence : 10824148



3DB6313

Patient : Mme EL MDAGHRI NAJAT  
Médecin: Dr. NADIR SALWA  
POLYBIO

### SEROLOGIE DES INFECTIONS A HELICOBATER PYLORI (IgG)

Ac anti Helicobacter pylori IgG : Positif  
Index : 27

#### Interprétation

Négatif	< 16
Equivoque	16 à 22
Positif	> 22

EL MDAGHRI NAJAT  
Dr. NADIR SALWA  
120, Bd Moulay Idriss 1<sup>er</sup>, Quartier des hôpitaux, Casablanca - Tel. : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84  
Fax : 05 22 86 07 84 - RC : 247908 - PATENTE : 36350070 - CNSS : 2359976 - T.V.A. : 82.01.24 - IF : 42023870 - ICE : 001613460000056  
E-mail : amaltaouakalna@gmail.com